

## Registro de mortalidad en un área básica de salud

**Introducción.** Los médicos de familia tenemos la percepción de desconocer la muerte de algunos de nuestros pacientes y, cuando lo sabemos, a veces ignoramos la causa.

Los estudios de mortalidad de áreas pequeñas ofrecen datos valiosos al equipo de atención primaria para compararlos con los datos autonómicos, conocer las deficiencias, priorizarlas y modificar los programas de salud disponibles y los objetivos<sup>1</sup>.

Nos planteamos como objetivo conocer la mortalidad por causa específica en nuestra área básica de salud y evaluar su registro.

**Diseño.** Estudio retrospectivo.

**Emplazamiento.** Área básica de salud Bordeta-Magraners (Lleida).

**Participantes.** Defunciones registradas desde marzo de 1994 hasta diciembre de 2004.

**Mediciones principales.** Edad, sexo, causa de defunción (clasificación CIE-10)<sup>2</sup> y enfermedades asociadas. Se utilizó el programa informático SPSS 12.0 (Universitat de Lleida).

**Resultados.** Se han producido 562 defunciones, 250 en mujeres (44,5%) y 312 en varones (55,5%). La causa está registrada en 396 casos (70,5%).

La edad media de muerte es de 75,2 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 73,9-76,5), 78,4 en las mujeres frente a 72,6 en los varones ( $p < 0,005$ ).

Las principales causas de mortalidad son: aparato circulatorio, 37,6% (mujeres, 43,6%; varones, 31,8%;  $p < 0,016$ ), neoplasias, 36,9% (mujeres, 29,7%; varones, 43,8%;  $p < 0,004$ ) y respiratorio 10,4% (mujeres, 11,8%; varones, 8,9%;  $p = 0,354$ ).

Neoplasias mujeres: colon, 27%; mama, 22%; y ginecológica 10%; varones: pulmón, 32%; colon, 15%; y hepática, 8%. La edad media de muerte por neoplasia es de 71,6 años (muerte cardiovascular, 79,2 años; y muerte respiratoria, 81,3 años;  $p < 0,005$ ). Las enfermedades asociadas se exponen en la tabla 1.

Los pacientes con muerte cardiovascular tienen más hipertensión arterial ( $p < 0,001$ ), enfermedades cardiovasculares ( $p < 0,005$ ), accidentes cerebrovasculares ( $p < 0,017$ ) y

**TABLA 1**  
Enfermedades asociadas

Enfermedades asociadas	Total (n = 562)	Mujeres (n = 250)	Varones (n = 312)	p
Hipertensión arterial	245 (43,6%)	122 (48,8%)	123 (39,4%)	0,026
Cardiovascular	173 (30,8%)	88 (35,2%)	85 (27,2%)	0,001
Diabetes mellitus	128 (22,8%)	58 (23,2%)	70 (22,4%)	0,830
Accidente cerebrovascular	72 (12,8%)	38 (15,2%)	34 (10,9%)	0,129
Demencia	66 (11,7%)	41 (16,4%)	25 (8%)	0,002
Dislipemia	56 (10%)	26 (10,4%)	30 (9,6%)	0,758
EPOC-asma	105 (18,7%)	26 (10,4%)	79 (25,3%)	0,005
Neoplasias-metástasis	101 (18%)	29 (11,6%)	72 (23,1%)	0,005
Tabaquismo	35 (6,2%)	3 (1,2%)	32 (10,3%)	0,005
Osteomuscular	18 (3,2%)	16 (3,4%)	2 (0,6%)	0,005
Alcoholismo	17 (3%)	2 (0,8%)	15 (4,8%)	0,006

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

dislipemia ( $p < 0,017$ ). En la muerte por neoplasia son más habituales las neoplasias-metástasis ( $p < 0,005$ ) y el antecedente de fumador ( $p < 0,002$ ). La muerte respiratoria tiene más antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica-asma ( $p < 0,005$ ).

**Discusión.** La prevalencia de las enfermedades asociadas y su influencia directa podrían explicar las principales causas de mortalidad global y por sexos.

Somos conscientes de que algunos pacientes habrán muerto y lo desconocemos, lo que genera un sesgo de registro.

Tenemos muchas dificultades para obtener del Ayuntamiento el registro de mortalidad. No obstante, el porcentaje de diagnósticos no conocidos es más bajo que en otros trabajos<sup>3</sup>.

**Conclusiones.** Las mujeres mueren a una edad mayor que los varones y, sobre todo, por causa cardiovascular.

Las muertes por neoplasia se producen en pacientes más jóvenes.

Las principales causas de muerte son las cardiovasculares y las neoplasias, igual que en la población general y por sexos<sup>4</sup>. Se debe mejorar la calidad de información del registro de mortalidad de nuestros pacientes para plantear de manera más rigurosa la detección precoz y el control de los factores de riesgo más prevalentes<sup>5</sup>.

Sería muy importante que se enviase información oficial del Ayuntamiento de manera regular a todas las áreas básicas de salud acerca de los pacientes que han muerto y

tenemos adscritos al centro de asistencia primaria.

Unificar el certificado médico de defunción y el Boletín Estadístico de Defunción con la posterior remisión de una copia al médico de familia sería una buena solución<sup>6</sup>.

**A. Espino García, S. Duaigües Miñambres, Q. Montenegro Tobajas y L. Viló Viló**

Área Básica de Salud Bordeta-Magraners. Lleida. España.

1. Palacios Soler F, Ojanguren Alonso M, Vázquez Goñi R, Moreno-Iribar C, Abad Vicente FJ. Estudio de la mortalidad en una zona básica de salud urbana. Aten Primaria. 2001;28:120-5.
2. Departament de Salut. Classificació Internacional de Malalties. 10.<sup>a</sup> Revisió (CIE-10).
3. Albaladejo Blanco C, Parés Ubach Q, Monje Hernández A, López López M. Causas de mortalidad en un centro de atención primaria. Aten Primaria. 2003;31:205-6.
4. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Pla de Salut de Catalunya; 2002-2005.
5. Borrell Thió E, Freixes Laporta M, Domingo Teixidor MM, Montellà Jordana N. Registro de mortalidad en un área básica de salud: experiencia a los tres años de su implantación. Aten Primaria. 2003;31:70.
6. Quesada Sabaté M, Font Roma P, López Arpi C, Masot Viader C, Popescu D. ¿Cómo podemos mejorar el registro de mortalidad en la atención primaria? Aten Primaria. 2002;29:469-73.

**Palabras clave:** Mortalidad. Registro. Atención primaria.